

**ESCRITÓRIO EXECUTIVO DE SERVIÇOS HUMANOS E DE SAÚDE
ESCRITÓRIO DO MEDICAID (MASSHEALTH)**

**PERMISSÃO PARA OBTER E COMPARTILHAR INFORMAÇÕES NA FERRAMENTA DE
NECESSIDADES E PONTOS FORTES DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
(CANS – SIGLA EM INGLÊS)**

Nome do(a) Membro(a) MassHealth [Membro(a)]

Nome do(a) avaliador(a) de saúde comportamental [Avaliador(a)]

Nome da organização provedora [Provedor(a)]

_____ [membro(a)] tem menos de 21 anos de idade e está recebendo uma avaliação de saúde comportamental.

De tempos em tempos, e de acordo com as regras do MassHealth, os provedores de saúde comportamental devem avaliar completamente os membros do MassHealth com menos de 21 anos de idade. Os provedores devem utilizar uma ferramenta especial denominada “Child and Adolescent Needs and Strengths” (Necessidades e Pontos Fortes da Criança e do Adolescente) (CANS – sigla em inglês) para coletar as informações da avaliação. Para membros que estão sob tratamento contínuo a CANS deve ser atualizada no mínimo a cada 90 dias.

O MassHealth requer que os provedores de saúde comportamental utilizem a CANS para assegurar que os serviços de saúde comportamental oferecidos aos membros atendam às suas necessidades e que todos os registros da avaliação sejam mantidos de forma consistente. Se todos os provedores mantiverem seus registros da mesma forma utilizando a CANS, isto facilitará a comunicação dos provedores de um membro entre si. A CANS também ajudará o MassHealth a verificar se os serviços ajudaram seus membros com o passar do tempo.

Ao assinar este documento estou dando permissão ao(à) provedor(a) para fornecer ao MassHealth todas as informações contidas em qualquer uma da CANS sobre o(a) membro(a). O provedor(a) pode dar as informações da CANS ao MassHealth de acordo com a forma e as razões descritas neste formulário.

O provedor(a) pode colocar as informações da CANS no sistema de computadores da CANS do MassHealth sempre que uma CANS for feita ou atualizada.

O MassHealth pode utilizar as informações da CANS nas formas permitidas por lei, tais como:

- Verificando que o(a) membro(a) receba os serviços necessitados

- Verificando que o(a) membro(a) receba os serviços que lhe ajudam com o passar do tempo; e
- Realizar estudos que ajudem o MassHealth a
 - avaliar ou melhorar os serviços oferecidos aos membros
 - decidir a possibilidade de desenvolvimento de novos serviços; e
 - decidir como reduzir custos de atendimento à saúde

Ao utilizar seu sistema computadorizado da CANS o MassHealth pode enviar informações da CANS para qualquer entidade de atendimento administrado do MassHealth na qual o(a) membro(a) esteja matriculado(a). O MassHealth quer fazer isso para que sua entidade de atendimento administrado possa melhor servir aos membros e possa assegurar que os serviços necessários estão sendo proporcionados aos membros. Depois que a entidade de atendimento administrado recebe as informações da CANS o MassHealth não tem mais controle sobre elas. A entidade de atendimento administrado então decide como utilizar ou revelar a informação, de acordo com a lei.

Eu entendo que o MassHealth deverá utilizar ou revelar as informações da CANS da forma requerida por lei. Também entendo que o MassHealth pode remover informações que identifiquem o(a) membro(a) e pode utilizar ou revelar as informações restantes por quaisquer razões.

Posso cancelar esta permissão a qualquer momento, por escrito, das formas relacionadas aqui. Posso fornecer ao provedor uma carta dizendo que quero cancelar minha permissão. O provedor irá me informar como endereçar a carta. Posso também enviar uma carta ao MassHealth. A carta para o MassHealth deve ser enviada para: Children's Behavioral Health Initiative, Attn: CBHI Consent, 1 Ashburton Place, 5th Floor, Boston, Massachusetts, 02108.

Uma carta para cancelar minha permissão deve:

- informar quem é o(a) membro(a)
- fornecer a data de nascimento do(a) membro(a)
- informar quem sou eu; e
- informar se eu sou o(a) membro(a), um dos pais do(a) membro(a) com direitos de custódia, ou explicar porque estou agindo em nome de um(a) membro(a).

As informações da CANS que foram digitadas no sistema computadorizado da CANS antes de eu cancelar minha permissão não poderão ser retiradas. As informações da CANS que a entidade de atendimento administrado obteve antes de eu cancelar minha permissão não poderão ser retiradas.

As informações fornecidas de acordo com esta permissão podem não estar protegidas pelas mesmas leis que se aplicam quando um(a) provedor(a) ou o MassHealth as possuem. As informações poderão ser fornecidas novamente.

Eu posso colocar uma data final da permissão neste formulário. Se eu não o fizer, a permissão expira um ano a partir da data que eu assinei este formulário. Se o(a) membro(a) ainda estiver recebendo serviços de saúde comportamental do(a) provedor(a) quando a minha permissão terminar, me perguntarão se quero dar minha permissão mais uma vez.

Li toda esta permissão. Assinei este documento de minha livre vontade. Entendo que os serviços aos membros não serão afetados de forma alguma caso eu não assine a permissão ou decida retirar minha permissão no futuro.

Recebi uma cópia desta permissão por escrito.

Nome em letra de forma da pessoa assinando a permissão

Assinatura da pessoa assinando a permissão

Data da assinatura (data de início da permissão)

Data de término da permissão (Se uma data não for colocada nesta linha, a permissão expira um ano a partir da data da assinatura)

Por favor, marque a linha abaixo que explica porque você pode assinar esta permissão de acordo com a lei.

_____ Eu sou o(a) membro(a). Tenho 18 anos de idade ou mais. Se eu não tiver 18 anos de idade ou mais posso dar minha permissão por outras razões de acordo com a lei.

_____ Sou um dos pais do(a) membro(a) com direitos de custódia.

_____ Posso agir em nome do(a) membro(a) para dar permissão para o fornecimento de informações médicas. Anexei a este um documento legal mostrando porque posso fazer isto.